O BLEDNICY
(*Chlorosis*)
I JEJ LECZENIU.

Napisał

PROF. DR. GLUZIŃSKI.

KRAKÓW.
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1892.

O BLEDNICY
(Chlorosis)
I JEJ LECZENIU.

Napisał

PROF. DR. GLUZIŃSKI.

KRAKÓW.
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1892.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z 1892 r. Nr. 21, 22, 23 i 24.

O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Napisał

Prof. Dr. Gluziński.

I.

Poruszając sprawę blednicy na dzisiejszem posiedzeniu, uczynić chciałbym zadość wyrażonéj tu myśli, aby nie tylko sprawy nowe były przedmiotem naszych rozpraw ale i ogólnie znane, a przecież zawsze nowe, dały pole do wymiany zdań i poglądów.

Bogata literatura dotyczącego przedmiotu, własne doświadczenie Panów zwalnia mnie od szczegółowego przedstawienia sprawy, — podnieść zamierzam tylko te rzeczy, które z jednéj strony przedstawią moje zapatrywanie na blednicę, z drugiéj są spornemi lub będą mi potrzebne dla przedstawienia postępowania w leczeniu téj choroby. — Z góry również pospieszam dodać, że mówić będę tylko o blednicy samoistnéj, a pominę stany chorobowe, które mogą przebiegać pod postacią blednicy (*pseudochlorosis*).

Przez blednicę, jak wiemy, rozumiemy przeważnie chorobę objawiającą się zmniejszeniem i ciałek czerwonych (*oligocythämia*) i zmniejszeniem ich zawartości hemoglobiny (*oligochromämia*), występującą samoistnie przeważnie u kobiet, w wieku ich pokwitania. Na to wszyscy się godzi-

my, inna jednak rzecz, gdy zadamy sobie pytanie, gdzie leży źródło téj choroby, — a wystąpi nam odrazu różność zdań i zapatrywań nieraz najdziwaczniejszych. Dość przytoczyć Panom, że Haberer[1]) upatrywał źródło blednicy w nieżytach pochwy i macicy, Pollok[2]) we wstrzymaniu miesiączki, przez co zostają nie wydalone z organizmu pewne istoty, które zwykle z krwią miesiączkową odchodzą i te wywołują wadliwy stan krwi, Luton[3]) uważał blednicę tylko za niedokrewność następową, wynikającą z utraty krwi jużto widocznéj, np. po obfitych miesiączkowaniach *(menorrhagia)* jużto niedostrzeganéj, np. z małych nadżerek żołądka, — tę ostatnią teoryję w ostatnich czasach rozwinął Hösslin[4]) w pracy, na którą późniéj się odwołam. Zander[5]) całe źródło blednicy widział w niedostatecznem wchłanianiu żelaza z pokarmów, wskutek wadliwych soków trawieńcowych, zwłaszcza braku HCl w soku żołądkowym, znajdując już poprzednika tego zapatrywania w Dujardin-Beaumetzu[6]).

Zapatrywań tych szereg powiększyć byłoby mi łatwo, wszystkie one jednak krytyki nie wytrzymują, boć każdy z nas jest w stanie przytoczyć szereg przypadków nie dających się pojąć według przytoczonych teoryj. Zapatrywania te brały pojedyncze objawy i następstwa za źródło choroby. Źródła tego szukać należy gdzieindziéj. Weźmy pod rozwagę najprostszy przypadek, jaki nieraz nam się przedstawia. Dziewczynka dotąd zdrowa zupełnie, z funkcyjami wszystkiemi najprawidłowszemi, dobiega lat swego pokwitania, nastaje pierwsza lub druga regularność, lub rzadziéj nie występuje wcale, a wkrótce potem rozwija się obraz blednicy, t. j. nastaje wadliwy skład krwi. Co u niéj się stało? Narządy wewnętrzne niezmienione, funkcyje nieraz te same, a jednak powstał niedobór. Dwa tylko mogą być przypuszczenia, — albo części składowe krwi wytwarzane prawidłowo ulegają szybko nadmiarowemu zniszczeniu — albo też wytwarzanie prawidłowe krwi uległo zaburzeniu i nieprawidłowo zbudowana krew wchodzi w obieg. Dla pierwszego przypuszczenia najmniejszego nigdzie nie znajdujemy popar-

cia — pozostaje nam drugie przypuszczenie, które każe nam szukać źródła dla blednicy w nieprawidłowéj regeneracyi krwi, każe nam ją odnieść do zmian zaszłych w narządach krwiotwórczych w szpiku kostnym, gruczołach i t. d., każe nam ją postawić w dziale chorób narządów krwiotwórczych.

Doświadczenie uczy, że najróżnorodniejsze czynniki jak nieodpowiednie odżywianie, ubranie, brak ruchu, przebywanie w ciasnych i przepełnionych CO_2 izbach szkolnych, niewysypianie się, przedwczesne rozbudzanie fantazyi itd. sprowadzają bezsprzecznie wybuch choroby. Pozostaje jednak do wytłómaczenia, dlaczego ta zmiana w wytwarzaniu prawidłowych składników krwi wśród tych warunków przeważnie występuje u dziewcząt, — dlaczego najczęściéj w wieku pokwitania, — dlaczego nie u wszystkich, które na te same szkodliwości są narażone? — dlaczego u niektórych dziewcząt mimo najkorzystniejszych warunków przecież się rozwija i tak często powraca lub też prawie nie ustępuje? Na pytania te częściowo tylko jesteśmy w stanie odpowiedzieć i pozwólcie Panowie, że kilka spraw przytoczę, któreby można o to obwiniać.

Z fizyjologicznych badań wynikałoby, że w ogóle ustrój kobiety jest uboższy w krew, zwłaszcza zawiera mniejszą ilość ciałek czerwonych niż mężczyzn. Stosunek ciałek czerwonych we krwi mężkiéj i żeńskiéj ma być według Welckera jak 10:9. Andral i Gavarret znajdowali na 1000 części 141·1 czerwonych ciałek u mężczyzn a tylko 127·2 u kobiet. Podobne spostrzeżenia podali Mallassez, Bouchut (l. c.). Przypuścić zatem można, że ustrój kobiety ma już fizyjologiczne pewne usposobienie do *oligocythämii* a mogłoby to tem łatwiéj nastąpić, że i regeneracyja w razie ubytku trudniéj zdaje się nastąpić niż u mężczyzn wobec spostrzeżenia n. p. Vierordta wykazującego, że ogólna wymiana materyi stosunkowo jest wolniejszą u kobiet niż u mężczyzn, na 1 klg. wagi ciała znajdował bowiem w 24 godzinach 0·40 gr. mocznika u męzczyzn, a tylko 0·35 gr. u kobiet. Daléj podnieść należy, że tryb życia u dziewcząt w porównaniu z chłopcami niepośledenią może grać rolę —

znacznie mniejszy ruch, dłuższe przebywanie w zamkniętych pokojach, zajęcia przeważnie siedzące, mniejszy dowóz pokarmów i ich dobór niestosowny (łakocie), zwykła obstipacyja (jużto nawykowa jużto wskutek siedzenia) zwalniają już i tak fizyjologicznie wolniejszą przemianę pierwiastków, utrudniają więc regeneracyję krwi powiększając fizyjologiczną *oligocythämię* aż do granic patologicznych. Póki mniejsze potrzeby ustroju, utrzymuje się stan względnie fizyjologiczny, mimo niekorzystnych warunków — nastaje czas pokwitania, potrzeby organizmu się zwiększają, co miesiąc ma miejsce utrata krwi, $^1/_4$ litra wynosząca — i znowu jeden czynnik więcéj dla możliwego pojęcia, dlaczego blednica u dziewcząt tak znacznie częściéj występuje i to właśnie w chwili pokwitania; a kto wie, czy to wcześniejsze rozbudzanie życia płciowego, to dojrzewanie jajek w jajnikach nie ma pewnego wpływu i na narządy krwiotwórcze, a mam tu na myśli ostatnie spostrzeżenia Neussera, mające wykazywać w cierpieniach jajnika zaburzenia pewne we krwi, mające się manifestować zwiększoną ilością ciałek eosinofilowych. Badanie krwi w tym kierunku możeby sprawę wyjaśniło.

W każdym razie przytoczone co dopiero fakta możnaby zużytkować dla objaśnienia, dlaczego blednica przeważnie występuje u dziewcząt i dlaczego najczęściéj rozwija się w wieku pokwitania. Dlaczego nie rozwija się u wszystkich dziewcząt w niekorzystnych warunkach będących, dlaczego u niektórych mimo najlepszych warunków przecież powstaje? Na pytanie to częściowo dał nam odpowiedź Virchow [10]), wykazując, że u pewnéj liczby mamy podstawę wrodzoną, która się objawia wątłą budową całego organizmu, a zwłaszcza niedokształceniem układu krwionośnego (*aplasia vasorum).* Znaczenie tego szczegółu pojmiemy, gdy sięgniemy do embryjologii, gdy sobie przypomnimy, że tak naczynia jak szpik kostny, gruczoły limfatyczne, części płciowe rozwijają się z téj saméj blaszki zarodnikowéj, t. j. środkowéj.

Rozwój ten wspólny układu naczyniowego i narządów krwiotwórczych może nam nasunąć myśl, że to niedokształ-

cenie (*aplasia)* układu naczyniowego jest częścią tylko upośledzonego rozwoju blaszki, a więc i narządów krwiotwórczych a to tembardziéj, że obok wązkich naczyń znajdujemy tak często i niedokształcenie macicy, jajników, które się przecież z tejsaméj blaszki rozwijają. Tam gdzie ta zmiana jest wybitną, mamy do czynienia z tą uporczywą formą blednicy zwaną wrodzoną (*congenita)*, nie dlatego, że naczynia są bardzo wązkie, ale że i narządy krwiotwórcze (szpik kostny) są silnie upośledzone w rozwoju, a od tych przypadków możemy mieć całą skalę przejść aż do form lekkich, u dziewcząt z rozwiniętym układem naczyniowym ale z pewnem jeszcze zboczeniem małem w narządach krwiotwórczych wynikającem z rozwoju, które sprawia, że wśród niekorzystnych wyżéj wymienionych warunków wytwarzanie nie jest w stanie pokryć dostatecznie zapotrzebowań ustroju.

Tak pojmując rzecz, usposobienie do blednicy odnieślibyśmy do zmian rozwojowych, rozumując, że jak rodzić się można z mniéj lub więcéj słabym układem nerwowym, z narządem oddechowym, pokarmowym i t. d., tak samo i z narządami krwiotwórczemi — a wtedy wytłomaczyć sobie możemy, dlaczego mimo jednakowo niekorzystnych warunków nie wszystkie dziewczęta dostają blednicy, dlaczego niektóre mimo najpomyślniejszych warunków takowéj podpadają, dlaczego u niektórych jest tylko przejściową, u innych tak uporczywą i za lada przyczyną powracającą.

II.

Przystępując obecnie do symptomatologii z góry zastrzegam się, że nie jest moim zamiarem opisywać w całości obrazu choroby, mówić o rzeczach znanych, a chcę poruszyć tylko kilka szczegółów zasługujących na uwzględnienie. Ze względów praktycznych odróżniłbym kilka typów blednicy, zależnie od objawów, które przeważają w danym przypadku a mianowicie: 1) Blednicę prostą (*chlorosis simplex*), przedstawiającą się, jeżeli usuniętą rychło nie będzie, najczęściéj jako wstęp do dalszych typów. 2) Blednicę trawieńcową (*chlorosis dyspeptica*), gdy przeważać będą objawy ze strony

przewodu pokarmowego. 3) Błednicę sercową (*chlorosis cardiaca*), gdy obok objawów błednicy prostéj wystąpią na pierwszy plan objawy ze strony narządu krążenia. 4) Błednicę mięszaną (*chlorosis mixta)*, typ najczęstszy, gdy ze stron kilku (np. serca, przewodu pokarmowego i t. d.) występują objawy. Wiem, że podział ten jest sztuczny, dalsze uwagi moje może go usprawiedliwią.

Pozwólcie więc Panowie, że poświęcę słów kilka każdemu z tych typów.

Przez błednicę prostą rozumiem wystąpienie tych ogólnych cech choroby, jak bladości powłok i błon śluzowych, uczucie osłabienia, szybkiego znużenia mięśni, zniechęcenia do pracy i senności itd., bez żadnych wykazalnych zboczeń w wewnętrznych organach i braku wybitniejszych podmiotowych zboczeń z téj strony. Są to przypadki najłatwiejsze do leczenia, które po usunięciu niekorzystnych czynników wyżéj wymienionych (przez zaniechanie siedzenia, dobre odżywianie itd.), wśród podania przetworów żelaza prędko przychodzą do siebie. Zaniedbanie tych przypadków, co się najczęściéj zdarza, albo silna podstawa konstytucyonalna pociąga za sobą cały szereg dalszych przypadów (rzadziéj występują one równocześnie), t. j. następnych typów.

Typ trawieńcowy (*chlorosis dyspeptica*) obejmie te przypadki, w których obok objawów błednicy prostéj wystąpią na pierwszy plan przypady ze strony narządu trawienia. — Przypady te są najrozmaitsze, jak Panom wiadomo, od prostego zmniejszenia łaknienia, do odbijań, zgag, nudności, bólów stałych lub napadowych, zaparcia stolca znacznego i t. d. Czy objawom tym towarzyszą jakie zaburzenia w chemizmie i mechanizmie trawienia żołądkowego? Na pytanie to daną jest odpowiedź w doświadczeniach, jakie przeprowadziliśmy wspólnie z kol. Buzdyganem w klinice prof. Korczyńskiego.

Doświadczeń tych tutaj opowiadać nie będę, opisaliśmy je w „Przeglądzie Lek.“ Nr. 34 z r. 1891, a wspomnę tylko że pewna część wykazywała nam nadmierne wydzielanie

HCl (*hyperchloria*), jeszcze mniejsza upośledzenie lub brak HCl (*hypochloria* i *achloria*) a najznaczniejsza prawidłowy HCl, natomiast bardzo często stwierdzaliśmy upcśledzoną siłę mechaniczną żołądka. „Na podstawie wyników tego badania", pisaliśmy wtedy, „przyszliśmy do wniosku, że w znacznej części przypadków blednicy trawienie żołądkowe gra niepośledonią rolę. Jako podstawę wyjścia tego zdania uważać musimy upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka, którą w znacznéj liczbie przypadków u naszych chorych stwierdziliśmy. Upośledzony ten mechanizm żołądka jest przyczyną, że bardzo często u chorych badanych na czczo rano, znajdowaliśmy resztki pokarmów dnia poprzedniego spożytych, treść w początkach badania kwaśno oddziaływającą, która zawierała peptony i propeptony. Nieopróżnianie żołądka w należytym czasie, pozostawanie pokarmów dłużéj już wystarczy, jakto same przypadki pouczają, do wywołania rozlicznych przypadłości żołądkowych, jak gniecenia, braku łaknienia, a w dalszem następstwie, gdy stan taki trwa dłużéj, przez drażnienie błony śluzowéj może wystąpić i zboczenie w chemizmie trawienia żołądkowego, wywołując n. p. nadmierne wydzielanie HCl".

Upośledzenie to czynności mechanicznéj żołądka odnieść trzeba do osłabionego działania mięśni ściany żołądka, wynikającego może i z niedostatecznego ich rozwoju — a zwłaszcza z degeneracyi mięśni, wskutek wadliwego składu krwi. Osłabienie to warstwy mięśniowéj pociągnąć może za sobą rozszerzenie żołądka, które nieraz spotykałem u młodych dziewcząt na blednicę cierpiących — jedno z mniéj przyjemnych powikłań blednicy, bo pozostające zwykle na czas dłuższy nawet po ustąpieniu blednicy i wymagające dalszéj uwagi, aby nie zostało stałą zmianą. Zboczenia te w trawieniu muszą podtrzymywać blednicę bo pociągają za sobą upośledzenie łaknienia, nieprawidłowe trawienie spożytych pokarmów, a co za tem idzie i upośledzenie odżywienia. Na dowód jak zawisłe są funkcyje chemiczne i mechaniczne żołądka od blednicy, niech posłuży przypadek spostrzegany w klinice prof. Korczyńskiego.

Dotyczy on pacyjentki 18-letniéj, pochodzącéj z rodziców zdrowych, która w dziecięctwie przebywała ospę i szkarlatynę, zresztą nie chorowała. W 15 r. ż. pierwsza regularność, od tego czasu silne bóle głowy, osłabienie coraz większe, męczenie się szybkie przy chodzeniu, coraz więcéj podupadające łaknienie, wymioty, bóle w okolicy żołądka, bezsenność itd.

Przyjęta w d. 3 marca 1891. Badanie w wewnętrznych organach, z wyjątkiem miernego stopnia powiększenia śledziony, zboczeń żadnych nie wykazało — natomiast klasyczny obraz ciężkiéj blednicy. Krew blada, wodnista, wyraźna *mikrocythämia* i *poikilocytosis*, ilość ciałek czerwonych w 1 ctm. sześć. 2·800000, białych 10000, stosunek 1 : 278, Hg. 20%. W pierwszych dniach obserwacyi można było u niéj obok upośledzonéj funkcyi mechanicznéj jeszcze HCl wykazać, późniéj już nigdy; treść żołądkowa zawsze obojętnie oddziaływała przy wszystkich próbach, chociaż stan już się poprawił, bo w dzień opuszczenia kliniki, t. j. 13-go maja krew zawierała: Hg. 45%, ciałek czerwonych 4·40000, białych 12·200, stosunek 1:360. Ciężar ciała podniósł się o 9 klg., *mikrocythämia* i *poikilocytosis* trwała jednak daléj. Od maja do listopada pacyjentka pozostawała w domu, wróciwszy ze swą niewyleczoną jeszcze blednicą do niekorzystnych warunków. Nic dziwnego, że zyskany przybytek Hg., ciałek czerwonych, wagi ciała powoli straciła i przyjęta napowrót do kliniki w d. 7 grudnia t. r., przedstawiła stan jeszcze gorszy niż przy pierwszem badaniu, bo Hg. wprawdzie 25%, ale ciałek czerwonych tylko 1700000, a waga ciała spadła o 5 kg. Badanie żołądka wykazało znów tę samą zmianę t. j. upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka i brak HCl. Stan ten żołądka trwał mniéj lub więcéj przez cały grudzień do połowy stycznia; w tym czasie zaczął się pojawiać sok, który zawierał HCl, po tylu miesiącach po raz pierwszy i sztucznie dobrze trawił, ale też stan ogólny i krwi poprawił się znacznie — Hg. wynosiła już 55%, ilość ciałek czerwonych 4000000.

Pacyjentka opuściła klinikę w d. 15 lutego 1892 r., zyskawszy na wadze 10 klg., krew składu prawidłowego (bez śladu *poikilocytosis*). Hg. 85%, ciałek czerwonych 5000000, białych 13·300 czyli stosunek 1 : 380, czynność żołądka normalna.

Jest to przypadek blednicy ciężkiéj, wykazujący dobitnie zależność funkcyi żołądka od stanu krwi; że tu nie

odwrotny zachodził stosunek, najlepszy dowód w tem, że poprawa krwi szła naprzód przy ciągłym braku HCl, a ten się pojawił po miesiącach, gdy skład krwi doznał znacznego polepszenia.

Obraz cierpienia żołądkowego w blednicy nie byłby zupełny, gdybym nie wspomniał o wrzodzie okrągłym żołądka, który rozpoznajemy według znanych cech. W rozpoznaniu tem jednak natrafiamy nieraz na znaczne trudności, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia ze zwykłym nerwowym bólem (kardyalgią), czy też z wrzodem okrągłym — decydującym właściwie jest tu czas występowania bólów i badanie treści żołądkowéj (zachowanie się HCl) — nie mówiąc o tem, że wśród tych warunków wymioty krwawe rozstrzygają stanowczo między temi dwiema sprawami.

Jeżeli już wspomniałem o krwotokach żołądkowych, pozwólcie Panowie, że w tem miejscu podzielę się spostrzeżeniami, które mi nasunęły wątpliwość, czy krwotoki żołądkowe u blednicowych spostrzegane mają przyczynę swoją tylko we wrzodzie okrągłym żołądka, czy też i bez takowego zjawiać się mogą?

Przypadek I. A. H. lat 18, przedstawiła mi się w godzinie ordynacyjnéj z blednicą wyższego stopnia, skarżąc się na upośledzone łaknienie, odbijania czcze, małe gniecenia po jedzeniu, zaparcie stolca. Nigdy bólów, żadnych wymiotów. Wśród leczenia znaczna poprawa stanu. Po powrocie ze świeżego powietrza oddała się zwykłym zajęciom. Blednica znowu rozwijać się poczęła, przypady żołądkowe tylko wyżéj opisane, i nagle w kilka miesięcy od pierwszego badania widziałem chorą leżącą prawie bez tętna wskutek silnéj utraty krwi z wymiotami, które wystąpiły najniespodziewaniéj bez żadnych poprzednich zwiastunów. Krwotoków takich było 3 w jednym dniu. Po tygodniu poprawa, w 4 tygodnie już pacyjentka chodziła i zyskała na tem tyle, że blednica jéj szybkim krokiem zaczęła ustępować. Jest temu już dwa lata, pacyjentka cieszy się najlepszem zdrowiem, nie mając najmniejszych przypadłości, któreby odpowiadały wrzodowi okrągłemu żołądka, podobnie jak ich nie miała i przed krwotokami.

Przypadek II. A. W., lat 19, przypady blednicy od lat dwóch, nieco skrofuliczna, forma blednicy mięszanéj (typ prosty z sercowym). Przy obiedzie siedzącéj nagle zrobiło się jednego dnia słabo, a w godzinę nastąpiły wymioty krwawe, w 4 tygodnie wstała, odbyła podróż do Abazyi, dziś, już miesięcy temu 6, żadnych przypadów ze strony żołądka. Wpływ na blednicę bardzo dobry.

Przypadek III. A. G., lat 18, od 4 lat w ciągłem leczeniu na blednicę ze zmiennym skutkiem. W ostatnich czasach pobyt w górach, poprawa ogólna. Pobyt w mieście, oddanie się nauce, zajęciom domowym stan pogarsza; zostałem wezwany z powodu, że w ostatnim tygodniu kilka razy zrobiło się jéj słabo i co tylko nie zemdlała, zresztą uskarża się tylko na ogromny brak sił, bicie serca przy każdym ruchu i brak zupełny łaknienia. Na wyraźne pytanie podaje, że bólów w żołądku nigdy nie miała i nie ma, nigdy nie wymiotowała, czasem poprzednio doznawała czczych odbijań i gniecenia w żołądku. Przy silnie rozwiniętéj tkance tłuszczowéj znalazłem bladość powłok ogólnych i bł. śluzowych uderzającą, szmery anemiczne nad sercem, buczenie w żyłach, tętno drobne, b. przyspieszone, ciepłota 37·6, zresztą żadnych zboczeń. W kilka godzin wezwano mnie powtórnie, bo chora zemdlała, mimo leżenia w łóżku i miała „odpluć kilka razy krwią“. Stan osłabienia zastałem większy, bez możności dokładnego wyrobienia sobie zdania, co właściwie się dzieje; źródła dla „odplutéj krwi“ szukałem nadaremnie w nosie, jamie ustnéj, płucach, o żołądku nie myślałem wobec podania chorėj, że ją „odpluła“ i braku jakichkolwiek przypadów z téj strony. Ze 2 litry krwi w postaci starszych skrzepów i świeżéj krwi, jakie chora wieczorem z wymiotowała, odkryły mi źródło osłabienia choréj, omdlewań nietylko w tym dniu, lecz i prawdopodobnie w poprzedzającym tygodniu. — Nad ranem powtórne wymioty krwawe, tętno ledwo wymacalne. Po tygodniu, gdy parcie w tętnicach się podniosło, trzecie wymioty czysto krwawe postawiły pacyjentkę w niebezpieczeństwie życia. Ośm tygodni poruszyć się nie mogła, bo podniesienie głowy wystarczało, aby stan omdlenia wystąpił, a pełnych 3 miesięcy nim pacyjentka mogła się podnieść. I znów ani w tym czasie, ani przedtem, ani do téj chwili, a jest temu miesięcy 8, objawów odpowiadających wrzodowi okrągłemu żołądka żadnych. Dodać nadto winienem, że wymiociny krwawe pierwsze badane papierkiem lakmusowym oddzia-

ływały zaledwie słabo kwaśno, drugie obojętnie — szczegół ważny, o którym zaraz wspomnę.

W przypadkach tych trzech jedynie wymioty krwawe przemawiały za wrzodem okrągłym żołądka, zresztą żadnych innych objawów nie było przed niemi ani po nich. Wiem, że tu tylko sekcyja stanowczo rozstrzygnąćby mogła, wiem, że wrzód okrągły może przebiegać niespostrzeżenie, pozwólcie jednak Panowie, że podniosę te okoliczności, które nie pozwalają stanowczo rozpoznawać w tych przypadkach wrzodu, lecz każą się obejrzeć i za inną przyczyną krwotoków.

Okolicznościami temi są: 1) brak napadowych bólów zwłaszcza po jedzeniu, wymiotów, odbijań kwaśnych tak przed krwotokiem jak i po krwotoku; 2) korzystny wpływ krwotoku na dalszy przebieg choroby, zwłaszcza zaś 3) stwierdzony fakt w przypadku III, że wymiociny krwawe oddziaływały słabo-kwaśno a nawet obojętnie, to znaczy, że nadmiernego wydzielania HCl, objawu spostrzeganego stale przy wrzodzie, nie było. A to tembardziéj musi mieć znaczenie, o ile z doświadczeń Korczyńskiego i Jaworskiego[8]) wiadomo, że krwotok żołądkowy przy wrzodzie zapowiada się naprzód zwiększającym się coraz bardziéj stopniem kwasności od HCl pochodzącym, osiągającym szczyt swój podczas krwotoku.

Jeżeli się zaś uwzględni, że wszystkie trzy w sposób opisany przebiegające krwotoki żołądkowe, spotykałem u dziewcząt młodych dotkniętych w wysokim stopniu blednicą, że w innych chorobach przebiegających z silną niedokrewnością, n. p. w niedokrewności złośliwéj, również krwotoki żołądkowe spotykamy bez wrzodu żołądkowego, skłonny jestem przypuścić, że przyczynę krwotoków w naszych przypadkach możeby można odnieść do zmian w naczyniach wywołanych przez blednicę. Zmiany te w naczyniach znamy od czasu klasycznego opisu Virchowa[7]) i wiemy, że w blednicy znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe naczyń tak warstwy środkowéj *(media)* jak szczególnie wewnętrznéj (*intima*), wskutek tego stają się one kruchsze i skłonne do pękania.

Ta zmiana naczyń tłomaczy nam, dlaczego nieraz u blednicowych nie brak regularności nastaje, lecz formalne krwotoki maciczne, dlaczego często spotykamy krwotoki nosowe, a że kruchość tych naczyń spotykamy i w żołądku, mieliśmy sposobność przekonać się wspólnie z kol. Buzdyganem wśród dokonywania doświadczeń naszych wyżéj wspomnianych, gdy często bardzo musieliśmy przerywać wyciąganie treści z żołądka, bo nam się krew świeża pokazywała, co mi się wyjątkowo zdarzało u innych osób, mimo wcale bogatego doświadczenia w tym kierunku. Krwotoki w tym stopniu jak nasze, które wprost groziły życiu chorym, należą szczęściem do wyjątków, mniejsze uchodzą z pewnością uwagi, podobnie jak niewiedziałbym o krwotokach w żołądku i przyczynie omdleń w przypadku moim III, gdyby nie nastąpiły wymioty krwawe.

Że tak być może, dowodzą tego badania Hösslina[4]), który porównywał kał osób zdrowych z kałem dziewcząt dotkniętych blednicą, pod względem zawartości żelaza i hematyny i wykazał, że przy jednakowem żywieniu u dziewcząt zdrowych znajdował n. p. na 1 grm. kału 0·38 mgr. Fe a 0·027 mg. hematyny, gdy u niektórych blednicowych 2·34 mg. Fe a 1·133 mg. hematyny, który to przybytek żelaza w całości i hematyny mógł pochodzić tylko od krwi wylanéj do przewodu pokarmowego. W ten sposób badając 67 przypadków, stan ten, to jest wylewanie się krwi do przewodu pokarmowego, stwierdził 25 razy. Na podstawie swoich badań dochodzi wprawdzie Hösslin, zdaniem mojem, do wniosków błędnych, bo twierdzi, że blednica jest niedokrewnością następową wskutek krwotoków w przewodzie pokarmowym, biorąc następstwo za przyczynę i przeceniając znaczenie i częstość swego spostrzeżenia — fakt pozostanie jednak faktem, a moje przypadki mogłyby stanowić ilustracyję, do jakiego stopnia mogą te krwotoki dochodzić. Jak często podobne krwotoki mogą się zdarzać, nie umiem powiedzieć, z badań Hösslina wypadałoby, że nie rzadko, że mogą one i po kilka, kilkanaście lub kilkaset gramów wynosić, a nawet jak w moich przypadkach i do 2 litrów do-

chodzić. Pęknięciom takim naczyń w żołądku może towarzyszyć powstawanie nadżerek, które wśród pewnych warunków pod działaniem HCl dadzą źródło do powstania wrzodu okrągłego żołądka. O ile nadżerki te są przyczyną bólów i gnieceń i nadczułości błony śluzowéj u blednicowych, jak to chce Rosenheim[10]), rozstrzygnąć nie umiem.

Na jedno pytanie należy mi jeszcze dać odpowiedź, t. j. dlaczego zmienione naczynia mają przeważnie na bł. śluzowéj żołądka pękać i krwotoki sprowadzać. Że nie tylko na bł. śluzowéj żołądka, już mówiłem, wspominając wyżéj o krwotokach macicznych (*mennorrhagia*), krwotokach z nosa, a w klinice prof. Korczyńskiego stwierdzono wynaczynienie i na dnie oka, błona śluzowa żołądka jest może jednak najwięcéj usposobiona do krwotoków, dowodem tego jak często w niéj stwierdzamy wybroczyny na stole sekcyjnym dzięki zapewne swemu bogatemu unaczynieniu, narażeniu ciągłemu na urazy ze strony pokarmów i przekrwieniom, jakich doznaje podczas aktów trawienia. W każdym razie jestem zdania, że u blednicowych może przychodzić do krwotoków żołądkowych większych lub mniejszych wskutek pękania naczyń bez wrzodu okrągłego, że niejedno omdlenie u nich ma w tem swoje źródło, że nawet czasami, jak w naszych przypadkach, krwotoki te wprost mogą życiu zagrażać. Szukając w literaturze, czy nie znajdę podstawy dla tego przypuszczenia w badaniach pośmiertnych, znalazłem przypadek opisany przez Bantiego[11]), który dotyczy dziewczyny lat 21 liczącéj, cierpiącéj obok niedokrewności na brak łaknienia, bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, wymioty krwawe, a gdy zmarła wskutek *proctitis purulent.*, sekcyja nie wykazała ani śladu wrzodu w żołądku.

Obok przypadów ze strony żołądka mamy w blednicy bardzo często przypady ze strony jelit, a zwłaszcza w postaci niedowładu ich (*atonia*) sprawiającego, że wypróżnienia odbywają się leniwo, co kilka, a nawet co kilkanaście dni; miałem pacyjentkę, która aktu tego dokonywała najwyżéj 20 razy na rok. Objaw ten zwykle datuje się z czasów przedblednicowych, a powstaje wskutek braku ruchu

u dziewcząt a częścią dzięki nierozsądnemu przyzwyczajeniu. Rozwijająca się blednica potęguje to zboczenie, bo wobec braku dowozu odpowiedniéj ilości tlenu, wskutek zmniejszonej ilości ciałek czerwonych a w nich jeszcze hemoglobiny odżywienie mięśni podupada, warstwa mięśniowa jelit słabnie podobnie jak w żołądku, dając tu powód do upośledzonego wydalania pokarmów i rozszerzenia żołądka, tam do osłabienia ruchów i siły wydalającéj kał — a nadto osłabienie mięśni tłoczni brzusznéj, a wiemy, że wogóle siła mięśniowa w blednicy słabnie, gra tu także swą rolę. — Pozostawanie to długie kału w jelitach, gnicie coraz większe istot białkowatych, wchłanianie wskutek tego powstających ptomainów i toksynów, sprowadzających samozatrucie ustroju (*autointoxicatio*) obojętnem być nie może i stanowi jużto przyczynę wywołującą a w każdym razie podtrzymującą blednicę, i w leczeniu zasługuje na szczególną uwagę.

Na tem poprzestanę kreślić obraz typu trawieńcowego blednicy (*chlorosis dyspeptica*), by przejść do następnego typu sercowego (*chlorosis cardiaca*), t. j. obrazu blednicy, w którym na pierwszy plan występują uczucia podmiotowe ze strony serca, jak bicie serca, zadyszania przy każdym ruchu, omdlewania i t. d. Przypadom tym podmiotowym towarzyszą też najczęściéj i przedmiotowe zjawiska, wynikające z nieprawidłowego składu krwi a ztąd i złego odżywiania mięśnia sercowego, nieraz i tak już w rozwoju swym upośledzonego. Stwierdzamy tu szereg objawów, począwszy od mniéj lub więcéj przyspieszonego, mniéj lub więcéj napiętego tętna, buczenia żył, szmerów anemicznych w sercu — aż do rozszerzenia prawéj komory serca, nieraz przerostu lewéj wskutek wązkości układu naczyniowego.

Pozwólcie Panowie, że szmerom anemicznym poświęcę słów kilka, opierając się na własnem doświadczeniu. Jak wiemy, szmery te są przeważnie skurczowe, słyszalne najwyraźniéj nad tętnicą płucną i końcem serca, są one miękkie, nieraz jednak tak szorstkie, że odróżnić je od szmerów organicznych prawie niepodobna. Jesteśmy wobec tego nieraz w kłopocie, aby ocenić, z czem mamy do czynienia,

zwłaszcza, że od czasu Virchowa wiemy, jak bladnica usposabia do spraw na śródsierdziu z jednéj strony, a z drugiéj wiemy, że nieraz zapalenie śródsierdzia (*endocarditis*) przebiega przybierając postać blednicy. Najważniejszym sposobem rozpoznawczym pozostanie z pewnością czas, obserwacyja, wykazujące nam dalszy los słyszanego szmeru, obok tego jednak mamy pewne szczegóły, które zebrane mogą nam nieraz wątpliwość rozjaśnić.

Jak wiemy, dostatecznéj wiadomości o przyczynie powstawania szmerów akcydentalnych dotąd nie znamy i przypuszczamy ich kilka, a mianowicie przypisujemy je jużto pewnym zaburzeniom w unerwieniu i w odżywieniu mięśni brodawkowych, wskutek czego zastawki nie popadają w jednostajne drgania lub powstaje względna niedomykalność zastawki dwukończystéj, jużto uciekamy się w ostatnich latach do teoryi Sehrwalda, która sprowadza te szmery do wspólnego źródła z zboczeniami żylnemi. Tak jak te mają źródło z jednéj strony w przyspieszonym prądzie krwi wskutek wodnistości takowéj, a więc zmniejszonego tarcia o ściany naczynia, bo przyczepność mniejsza, z drugiéj strony w niestosunku między wypełnieniem żył szyjnych a opuszki jarzmowéj (*bulbus jugularis*), tak szmery te akcydentalne powstają z tych samych przyczyn w przedsionku lewym dlatego, bo niestosunek rozmiarów jest przecież większy między żyłami płucnemi a przedsionkiem lewym, niż między żyłami głównemi (*v. cava*) a przedsionkiem prawym. Powstają one podczas wpływania krwi do przedsionka, a więc podczas jego rozkurczu czyli podczas skurczu komory, dlatego słyszymy je jako szmery skurczowe najwyraźniéj w miejscu, gdzie osłuchujemy tęt. płucną, bo anatomicznie tu leży przedsionek lewy, w którym właściwie szmer powstaje, a szmer ten udziela się i ku komorze lewéj, słyszymy więc go i nad końcem serca, jednak naturalnie słabiéj.

Teoryja ta, jakkolwiek ma swoje słabe strony i sama nie wytłumaczy wszystkich szmerów, najwięcéj jednak odpowiada spostrzeganym faktom. Stwierdzenie u blednicą dotkniętych dwóch szmerów skurczowych tuż nad tętnicą

płucną i końcem serca, z których pierwszy silniejszy, dalèj stwierdzenie szmeru tylko nad tętn płucną, przemawia za ich pochodzeniem anemicznem, natomiast obecność szmeru tylko nad końcem serca już może być rzeczą wątpliwą, a fakt, że z dwóch szmerów na początku obserwacyi stwierdzonych szmer nad tętn. płucną ginie, a pozostaje tylko nad końcem serca, jest wskazówką, że rozwija się sprawa na śródsierdziu, że szmer jest organicznym.

Fakta wspomniane teoryją Sehrwalda łatwo wytłumaczyć sobie możemy. W pewnych razach wskazówkę rozpoznawczą może nam dać stosunek natężenia buczeń żylnych. Jak wiemy, w wadach serca lewego, choćby przebiegały wśród silnéj niedokrewności, najczęściéj buczenia żylnego niema — w blednicy prawie stale je stwierdzamy. Szczegół ten możemy wyzyskać w rozróżnieniu jakości szmeru, ale tylko z zastrzeżeniem, które Neusser[12]) podnosi. W wadach serca lewego, choćby pod formą blednicy przebiegały, nie znajdujemy buczenia żylnego, ale tylko wtedy, jeżeli prąd krwi w żyłach płynie wolno; t. j. jeżeli w nich parcie jest zwiększone; a ma to miejsce tylko natenczas, gdy prawa komora oporów w krążeniu małem już pokonać nie może. Póki sprawność jéj należyta, i przy wadach serca lewego mogą być warunki dla buczenia żylnego i stwierdzić je można. Z drugiéj strony i w blednicy mogą zajść warunki utrudniające powstanie buczenia, a ma to miejsce wtedy, gdy wskutek rozszerzenia prawéj komory i osłabienia mięśnia nastaje utrudnienie krążenia żylnego, zwolnienie prądu krwi w żyłach, t. j. odpada nam jeden z warunków dla powstania buczenia. W przypadkach tych nie będziemy mieli zwiększonego buczenia, jak to być powinno, przy siadaniu i staniu, po szybkich ruchach, t. j. w warunkach przyspieszających prąd krwi, tylko owszem osłabienie lub nawet zniesienie buczenia, boć to są warunki osłabiające sprawność komory prawej. Uwzględniwszy co dopiero poruszone okoliczności, możemy dopiero zużytkować zachowanie się buczenia żylnego w ocenianiu jakości szmeru.

Mówiąc o szmerach anemicznych, jeszcze na jeden szczegół chciałbym uwagę Panów zwrócić. Do niedawnych czasów uchodziło prawie za zasadę, że szmery te mogą być tylko skurczowe, jeszcze Nothnagel[13]) w wykładzie umieszczonym przed dwoma miesiącami w *Wien. med. Presse* podnosi: „.... *steht es fest, dass die anämischen Geräusche, welche wir im Herzen hören u. die sich im Herzen entwickeln, immer u. immer systolisch sind u. dass, wenn Sie diastolische oder präsystolische Geräusche hören, Sie von vornherein überzeugt sein dürfen, dass hier keine anorganischen Geräusche vorliegen, sondern dass sie durch Klappenabnormitäten bedingt sind*“. Zdanie to można za zasadę przyjąć ale z zastrzeżeniem, bo przy silnych stopniach niedokrewności stwierdzono naturalnie bardzo wyjątkowo nad końcem serca szmer rozkurczowy anemiczny (Gerhardt[14]), a w ostatnich czasach uznajemy powszechnie, że może być także szmer rozkurczowy słyszalny najwyraźniéj w miejscu, gdzie obsłuchujemy tętn. główną. Szmer ten mający swe źródło w żyle głównéj górnéj *(v. cava sup.)*, więc szmer żylny powstający zatem nie „*im Herzen*“ ale słyszalny *im Herzen* zasługuje na szczególną uwagę, bo zbyt rzadkim znów on nie jest, a z drugiéj strony tak łudzący dla ucha, tak szorstki, że go łatwo wziąć za szmer organiczny i rozpoznać niedomykalność zastawek półksiężycowych tętn. głównéj (*Insuf. valv. semil. aortae*). Dlaczego szmer ten w stanach niedokrewnych względnie rzadko powstaje i jakich warunków potrzebuje do powstania, dziś tego nie wiemy — może wpływa na to jakiś nieprawidłowy przebieg *v. cavae* lub co prawdopodobniejsze wrodzona wązkość takowéj. U błednicowych stwierdziłem go dotąd kilka razy, z tych dwa razy wśród okoliczności, które rozpoznanie utrudniały, a które nauczyły mnie zwracać uwagę na pewne szczegóły, pozwalające nieraz omyłki uniknąć. Dwa te przypadki przejdę w porządku chronologicznym, jak się nasunęły mojéj obserwacyi.

Dziewczynka 14-letnia z objawami przebytéj krzywicy w postaci dość znacznéj *kyphoskoliosis*. Stwierdziłem u niéj

tk. tłuszczową miernie rozwiniętą, bladość znaczną powłok i bł. śluzowych, buczenie ogromne nad żyłami, szmery anemiczne słabe, skurczowe nad tętn. płucną i końcem serca, rozmiar serca poprzeczny zwiększony, w płucach w dolnych częściach objawy nieżytu, śledzionę miernie wypukiem powiększoną. W tym stanie objąłem ją w leczenie. Poprawa po dwóch miesiącach, występuje zapalenie nieżytowe płuca lewego 8 tygodni trwające, objawy blednicy potem jeszcze gwałtowniejsze, wyjazd na świeże powietrze, jak późniéj się dowiedziałem w okolicę malaryczną. Po 2 miesiącach powrót bez dodatniego wyniku, a w kilka tygodni rozpoczynają się u choréj dreszcze, poty i stan gorączkowy z torem silnie zwalniającym, bo rano 37—37·8° C. dochodzącym, wieczorem do 39° C. Wobec powiększonéj śledziony, pobytu w okolicy malarycznéj, a braku innych zmian, rozpoznałem *Intermittens irregularis in chloranaemica.* Obserwacyja jednak dalsza rozpoznanie zachwiała. Wśród zwiększającéj się niedokrewności zaczął występować coraz wyraźniejszy s z m e r r o z k u r c z o w y n a d t ę t n. g ł ó w n ą. zamieniając się w szmer szorstki prawie piłujący, udzielający się słabo aż nad koniec serca. Wobec tego rozpoznanie uległo gruntownéj zmianie i brzmiało: *Endocarditis acuta subsequ. Insuffic. valv. semilur. aortae in chloranaemica*, rozpoznanie nietylko moje ale wszystkich kolegów, którzy przypadek ten w tym czasie badali. Po 4 tygodniach stan gorączkowy minął, po 6 pacyjentka chodziła, szmer trwał daléj, czyli według logicznego rozumowania przebyła sprawę ostrą na śródsierdziu wynosząc stałą wadę sercową. Po używaniu dłuższem chininy, arszeniku, żelaza, stan ogólny zaczął się poprawiać, niedokrewność zmniejszać, a badając co 2—3 tygodni chorą, ku mojemu zdziwieniu stwierdziłem w miarę poprawy ogólnéj słabnienie szmeru, a w 4 miesiące i śladu z niego nie było i nigdy już nie wrócił. Pacyjentka zatem nie miała niedomykalności zastawek półksiężycowych tętn. głównéj, nie przebyła ostrego zapalenia śródsierdzia, przebyła nieregularną zimnicę, któréj nabawiła się podczas pobytu w okolicy malarycznéj, ta zwiększała jéj niedokrewność, wystąpił szmer anemiczny, rozkurczowy, który w miarę poprawy stanu ogólnego a więc i składu krwi zupełnie ustąpił.

Gdym się zastanawiał, czy błędu tego w rozpoznaniu można było uniknąć, zwróciły moją uwagę pewne szczegóły, które wprawdzie nie odrazu, ale wśród dłuższéj obserwacyi w ra-

chubę powinny były wchodzić, t. j. brak następstw niedomykalności zastawek, brak przerostu lewego serca, nie mówiąc już o wybitnem, któreby zdradzało się silnem i przesuniętem uderzeniem koniuszkowem i powiększeniem rozmiaru osiowego stłumienia sercowego, ale przynajmniéj któreby objawiało się tętnem więcéj napiętem a nadto chybkiem (*celer*). Ten ostatni szczegół, t. j. zachowanie się tętna mógł być decydującym, jeżeli nie w czasie gorączkowania choréj, to późniéj, bo dodać mi należy, że długi czas tętno było bardzo przyspieszone, małe i miękkie, rozmiar poprzeczny serca zwiększony.

Doświadczenie to mogłem zużytkować w jakiś czas potem w przypadku równie nęcącym do rozpoznania sprawy na zastawkach tętn. głównéj. Dotyczył on panienki 18-letniéj bardzo otyłéj, dobrze zbudowanéj. Badanie wykazało u niéj objawy silnie rozwiniętéj błednicy, która miało już trwać 4 lata, w sercu szmery anemiczne, skurczowe w zwykłych miejscach. Po kilku miesiącach, wśród których miałem sposobność pacyjentkę kilka razy badać, poprawa znaczna. Ruchliwie przebyty karnawał pogorszył sprawę, nadto rozwinął się przyostry gościec zajmujący stawy kolanowe, skokowe i barkowy prawy. W 4 miesiące dopiero po wystąpieniu przypadów gośćcowych badałem pacyjentkę w czerwcu z. r. Odżywienie pozostało to samo, bladość jednak większa niż za pierwszym razem, buczenie wybitne nad żyłami, stosunkowo słabe szmery anemiczne nad tętn. płucną i końcem serca, natomiast silny piłujący szmer rozkurczowy nad tętn. główną, a ze stawów kolana prawe obrzękłe i bolesne. Nęcącem było przyjąć, że przy błednicy i tak usposabiającéj do spraw na śródsierdziu wskutek gośćca stawowego, którego ślady jeszcze stwierdziłem, powstała sprawa zapalna na zastawkach tętn. głównéj doprowadzająca do niedomykalności takowych (*chloranaemia intercurrente Rheum. artic. subacuto subsequ. Endocardite sub forma insuff. valv. semil. aortae*). Nauczony jednak doświadczeniem przypadku poprzedniego, jak trzeba być ostrożnym z tym szmerem u błednicowych, zwróciwszy uwagę, że nie stwierdziłem objawów fizycznych przerostu lewego serca, a tętno szybkie i miękkie i małe, mimo ostrości szmeru, uznałem go za anemiczny i przebieg rozpoznanie potwierdził, w dwa miesiące jeszcze szmer rozkurczowy słyszałem, w 6-ciu przy doskonałem wejrzeniu pacyjentki zniknął bez śladu.

Dwa przypadki te przytoczyłem, aby wykazać ważność rozpoznawczą tego szmeru i na przykładzie pokazać, jakie trudności rozpoznawcze może sprawiać, jak również, że w ocenianiu jego charakteru zwracać należy uwagę szczególnie na jakość tętna. Odrazu jednak nadmienić muszę, że teoretycznie, bo w praktyce przypadków podobnych nie spotkałem, mogą zajść warunki, które nam ten punkt oparcia osłabiają, a będzie to wtedy, gdy szmer rozkurczowy pozostanie u pacyjentki, u któréj wskutek wązkości naczyń rozwinął się przerost lewéj komory.

Skreśliwszy niektóre objawy, jakie u bled nicowych spotykamy w narządzie krążenia, wracam do skreślenia ściślejszego, które przypadki bled nicy zaliczam do podanego przezemnie typu sercowego. Nie wszystkie naturalnie, u których stwierdzimy buczenie żylne lub szmer anemiczny, ale tylko te, które przedstawiać będą osłabienie mięśnia sercowego, objawiające się stale przyspieszonem znacznie tętnem, rosnącem w liczbę za każdym ruchem i rozszerzeniem prawéj komory serca. Zbieram te przypadki w osobną grupę, w osobny typ, nie ze względów naukowych lecz praktycznych, bo wymagają one odmiennego postępowania leczniczego.

Nazwa ostatniego mego typu, t. j. mięszany, sama przez się tłómaczy się i nie potrzebuje bliższego wyjaśnienia, a obejmuje ona najczęstsze przypadki.

Na dwa objawy mogące się zdarzyć w każdym z podanych typów chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, t. j. na przypady nerwowe i ciepłotę.

Przypady nerwowe spostrzegane w blednicy są dwojakie. Jedne będące w ścisłym związku z rozwijającą się chorobą, jak bóle głowy, pewna drażliwość, skłonność do płaczu, łatwość uniesienia się, nastrój melancholiczny i t. d. przypady, które zależnie od stanu blednicy potęgują się lub zwalniają, — drugie stanowiące powikłanie blednicy, przypady histeryczne, zdarzające się u osób neuropatycznych, u których blednica albo rozbudziła tkwiący zaród histeryi lub istniejącą histeryję spotęgowała. Podział tych przypa-

dów jest potrzebny ze względów praktycznych, bo gdy pierwsze przeważnie nic wymagają innego leczenia jak tylko przeciw błednicy skierowanego, drugie zależnie od stopnia natężenia wymagają odmiennego postępowania.

Wreszcie o ciepłocie słów kilka pragnę powiedzieć. W podręcznikach nowszych (Eichhorst, Strümpell, Jaccoud), a nawet w zbiorowem dziele Ziemssena, znajdujemy zwykle zdanie, że ciepłota u błednicowych nie jest podwyższoną, a jeżeli ją przypuszczają, to tylko dla wyjątkowych przypadków, w innych razach każą ją uważać za objaw ukrytéj jakiéjś innéj sprawy, n. p. gruźlicy (*pseudochlorosis*) lub za objaw niedokrewności złośliwéj. Z drugiéj strony nie brak spostrzeżeń świadczących, że ciepłota w błednicy może być podwyższoną. Wspomina już o tem Wunderlich. Główną uwagę na to zwrócił dopiero Mollière[15]), który w 38 przypadkach błednicy mierząc przez czas dłuższy dwa razy dziennie w kiszce odchodowéj „ze zdziwieniem“ znalazł ciepłotę podwyższoną, nigdy niżéj 37·4° C., u niektórych stale 38° C., u niektórych 38·8—39·4, a kilka razy nawet 39·8° C. i uważa podniesienie ciepłoty za stały objaw błednicy. — W rok późniéj Leclerc[16]) na podstawie 30 przypadków nie podziela w całości zdania Molliera, jakoby podniesiona ciepłota była stałym objawem błednicy, zwraca jednak uwagę na częstość tego objawu, zwłaszcza w cięższych postaciach. — Podniesienia mają być nieznaczne, rzadko do 39° C. dochodzące, najczęściéj z torem gorączki stałéj lub też torem odwrotnym (*typus inversus*) i mogą trwać od kilku dni do 4½ miesięcy. Dwa lata temu ogłosił Weil[17]) trzy przypadki błednicy z gorączką, a w roku bieżącym Puławski[18]) przypadek jeden bardzo ciekawy, w którym stan gorączkowy trwał dni 60 z torem bardzo nieregularnym, ciepłota dochodziła do 41·1° C., rozpoznanie zaś wahało się między gruźlicą prosówkową, niedokrewnością złośliwą, zimnicą i histeryją, a w którym gorączka ustępować poczęła po używaniu żelaza. Na objaw ten od lat kilku zwróciłem uwagę i wkrótce przyszedłem do przekonania, że tylko po mierzeniu co 2 godziny można dojść do pewnych wyników.

Dziś rozporządzam dość znacznym materyjałem własnym i tablicami, które do użytku oddał mi prof. Korczyński z kliniki krakowskiéj. Statystyki z nich układać nie mogę, bo w wielu przypadkach praktyki prywatnéj z przyczyn naturalnie nie odemnie zawisłych nie byłem w stanie tak dokładnie mierzeń przeprowadzić. Na podstawie jednak zebranego materyjału śmiało mogę przychylić się do zdania Leclerca, że w blednicy szczególnie silnie rozwiniętéj nie tak rzadko można przy dokładnem co 2 godziny dokonywanem mierzeniu nieznaczne podniesienie ciepłoty stwierdzić. Podniesienia te przypadają na rozmaite godziny dnia, ztąd przy dwukrotnem mierzeniu łatwo ich nie spostrzedz, wahają się one najczęściéj między 37·4—37·9, rzadziéj dochodzą do 38—38·2° C. W przypadkach obserwowanych podwyższenie to trwało od kilku, kilkunastu dni do 2—3 miesięcy, ściśle było związane z nasileniem choroby, a z poprawą ogólną ciepłota schodziła do prawidłowéj. Nadto zauważyłem ten szczegół, że blednicą dotknięte ustroje oddziaływają w pewnych razach na pewne bodżce jak radość, smutek, a szczególnie więcéj męczący ruch oddziaływa podniesieniem ciepłoty, szczegół, na który i Leclerc zwraca uwagę. Podobnie wysokich ciepłot jak wspomina Mollière, Weil, lub w przypadku Puławskiego nie stwierdzałem. Najwyższą, bo dochodzącą do 39° C., widziałem w przypadku, który spostrzegałem przed 4 laty, zasługującym i z innego powodu na przytoczenie.

U dwóch sióstr, panienek 15 i 16-letnich, nad wiek swój wyrosłych, rozwija się blednica, przebieg jéj zmienny, poprawa na kilka miesięcy i znów pogorszenie, tak dochodzące do 17 i 18 r. życia. Po powrocie z wakacyj przed 4 laty młodsza przedstawiła się w stanie względnie dobrym, starsza blada, z buczeniami żylnemi, szmerami anemicznemi w sercu; za przyczynę tego podaje matka cierpienia moralne, nadto dowiedziałem się, że pacyjentka podczas spaceru wyleciała z powozu. W trzy tygodnie po powrocie cera pacyjentki była już kredowobladą, osłabienie tak znaczne, że każdy ruch sprowadzał bezdech. Badanie wykazało mi obok téj bladości silnie rozwiniętą tkankę tłuszczo-

wą, anemiczne szmery w sercu, narządy wewnętrzne prawidłowe, mierną bolesność mostka, ciepłotę 37·6. Krew wzięta z palca była wodnistą, koloru blado-ceglastego, pod mikroskopem znaczna *poikilocythosis* i *mikrocythämia*. W stolcu żadnych pasorzytów ani ich jajek. Mocz prawidłowy. Pacyjentka odtąd leżała w łóżku, stale gorączkowała ze zmiennem natężeniem z wahaniami ciepłoty znacznemi jużto subnormalnéj jużto dochodzącéj do 38·6—39° C. Niedokrewność stale się zwiększała, w dwa tygodnie już głowy podnosić nie mogła, aby nie popaść w omdlenie. Na stopach pojawiły się obrzęki. Bezsenność stała, bo sen przerywały stale halucynacyje, tętno 120—130 miękkie. W 4 tygodnie bladość tak znaczna jak po najsilniejszem krwotoku. Ciepłota ostatnie 3 dni stale subnormalna, tętno coraz słabsze i wśród zamroczenia przytomności w ostatnim dniu pacyjentka życie skończyła.

Wówczas na podstawie podwyższonéj ciepłoty, wejrzenia krwi, niepomyślnego zejścia, rozpoznałem: „*Anaemia perniciosa*“ — zaliczyłem ten przypadek do téj jednostki chorobowéj stworzonéj przez Biermera, która jak wiemy z biegiem czasu staje się coraz szczuplejszą, w miarę jak poznajemy etyologię. Dziś już wiemy, że obraz taki sam sprowadzić mogą pewne stany żołądka z zanikiem bł. śluzowéj (przypadki Nothnagla, Henryego i Oslera, Vinicicutta i innych obecność w przewodzie pokarmowym pewnych pasorzytów, n. p. *Botriocephalus latus*, *Anchylostomum duodenale*, a po wyłączeniu tych pozostaje jeszcze pojęcie, które w przyszłości w miarę poznawania przyczyn rozpadać się będzie. Dziś wiedząc o tem, że w blednicy gorączkować można i to nieraz dość wysoko, nie wolno każdy przypadek, dlatego że jest gorączka, zaliczać do niedokrewności złośliwéj; różnic wybitnych krwi też dotąd nie znamy, bo zdanie, że w niedokrewności złośliwéj jest *oligocytämia* bez względnéj *oligochromämii*, bardzo jest pojęciem luźnem tak, że i w przypadku dopiero co opisanym można sobie zadać pytanie, dlaczego to ma być „*anaemia perniciosa essentialis*“, czy dlatego, że się śmiercią skończyła? Dwa lata trwa blednica, wśród momentu psychicznego i wskutek urazu nastaje pogorszenie tego stanu stale doprowadzające do śmierci; tu można

dwa przypuszczenia robić, albo blednica, naturalnie wyjątkowo rzadko, może przyjąć obraz niedokrewności złośliwéj, co mi się wydaje prawdopodobniejszem, (byłby to znów wyłom w téj jednostce postawionéj przez Biermera) albo, że blednica może przejść w niedokrewność złośliwą jak to chcą niektórzy lekarze angielscy i amerykańscy np. Henry[19]), Forchheimer[20]) i i. Sprawa to jeszcze otwarta, fakt pozostanie jednak faktem, że zdarzają się przypadki, jak co dopiero opisany, które rozwiązania kwestyi czekają.

Dłużéj nad objawami blednicy zastanawiać się nie będę, wyczerpanie ich nie było moim celem i z góry się zastrzegłem; skreśliłem tylko, wtrącając mimochodem uwagi rozpoznawcze, główne grupy przypadów, aby stworzyć sobie podstawę do skreślenia zasad leczenia blednicy.

III.

Jak w leczeniu każdego stanu chorobowego, tak i w blednicy pierwszem zadaniem naszem jest usunięcie przyczyny wywołującéj chorobę, gdzie to tylko możliwe. Rozwodzić się nad tem nie potrzebuję, jak również nad sposobami, w jaki tego dokonać mamy. Drugie zadanie, to leczyć chorobę, zadość uczynić *indicationi morbi*, w blednicy zatem podać przetwory żelaza, dostarczyć tlenu, a więc świeżego powietrza, dostarczyć materyjału budowlanego, a więc dobrze żywić. To byłby schemat, który nieraz wystarczy, szczególnie w typie prostym blednicy. W przypadkach jednak daléj posuniętych, gdy mamy już typ sercowy, trawieńcowy lub mięszany, schemat ten nie wystarczy i tu obok leczenia przyczynowego, swoistego wstąpi w swe prawa leczenie przypadowe i niema może stanu chorobowego, w którymby wypełnienie tych wszystkich wskazań tak się łączyło i prowadziło do wspólnego celu, t. j. prawidłowego stanu ustroju, jak w blednicy.

Z góry zaznaczam, że nie myślę kreślić szczegółowego traktatu o leczeniu, wdawać się w ocenianie rozmaitych projektów takowego, a mam zamiar tylko skreślić Panom kilka zasad postępowania, jakich się trzymać nauczyło mnie doświadczenie. Postępowanie moje jest następujące. Stwier-

dziwszy, że mam przed sobą bladnicę, w pierwszym rzędzie zwracam uwagę, czy nie mam przypadów ze strony krążenia takich, któreby kwalifikowały przypadek badany do typu sercowego. Znalazłszy odpowiednie przypady (znacznie przyspieszone tętno, wzmagające się w liczbę przy ruchach, rozszerzenie prawéj komory) zalecam spokój. Zależnie od stopnia zmiany, warunków, wśród jakich pacyjentka żyje, pory roku, wykonanie tego polecenia jest rozmaite. Skala względnie szeroka, od ograniczenia wychodzeń, zwłaszcza po schodach, unikanie wszelkich więcéj męczących ruchów, np. tańców, wycieczek, ślizgawek, aż do leżenia w łóżku. Stopień tego ograniczenia stosownie do przypadku i stopnia zmiany, ściśle określić należy, indiwidualizowanie ma tu pełne znaczenie, bo jak dla jednego przypadku i zakazanie tańców, spacerów i t. d. jeszcze będzie za mało, a tylko łóżko wskazane, to niekorzystnie byłoby lekkie przypadki typu sercowego kłaść znów odrazu w łóżko. Zalecanie tego spokoju fizycznego w przypadkach typu sercowego, a spotykamy się z niemi tak często, uważam za kardynalny punkt leczenia i kładę szczególny nacisk zwłaszcza wobec pojęć odmiennych, jakie się z biegiem czasu utarły a między publicznością powszechnie panują.

Dzięki tym pojęciom ileż razy zdarzyło się Panom widzieć pacyjentki dotknięte wysokim stopniem blednicy i to z typem sercowym, które mimo próśb swoich muszą odbywać codzienne spacery, chociaż im w łóżku dopiero dobrze, a z drugiéj strony ileż w tym kierunku nadużyć dzieje się w miejscowościach kąpielowych, dokąd blednicowe się udają, jeżeli lekarz z całą ścisłością przepisów nie wyda. Błędów tu może być bez miary, od spacerowania godzinami z kubkiem w ręku dla wypicia wody, do popołudniowych wycieczek na pobliskie lub dalsze wierzchołki, a wieczorem czasami kilkugodzinne tańczenie. A z doświadczenia własnego mogę powiedzieć, co znaczy takie przekroczenie polecenia spokoju, że jedna taka wycieczka, jeden przetańczony wieczór, niszczy nieraz całą poprawę kilkutygodniową, najsurowszem zachowaniem się zdobytą, jak z drugiéj strony mogę powiedzieć, że prze-

strzeganie spokoju daje wyniki bardzo dobre. W oczy wpadającą poprawę widziałem szczególnie w przypadkach daleko posuniętych, gdziem polecał leżenie w łóżku, i to nie tylko pod względem przypadów sercowych, ale poprawy łaknienia, wydalania stolca, a jeżeli był stan podgorączkowy, ten przy leżeniu najczęściej w kilka lub kilkanaście dni mijał; wyjątkowe to przypadki, gdzie trwał on miesiąc lub dwa, jak z drugiéj strony jużem wyżéj wspomniał, że zawczesne pozwolenie wykonywania ruchu odbijało się nieraz wystąpieniem napowrót stanu podgorączkowego. Leżenie to w łóżku trwa od 2 do kilku tygodni, potem przechodzę stopniowo do trybu życia dla lżejszych przypadków. Aby i w tych jak najwięcéj dać spokoju, polecam ranne późne wstawanie, wczesne kładzenie się do łóżka, a wśród dnia kierowanie się po części własnem uczuciem potrzeby spoczynku. W miarę poprawy dopiero pozwalam na większy ruch, a dodaję odrazu, że wszelkie forsowniejsze ruchy o ile możności jak najdaléj odsunięte być powinny, zwłaszcza w formach cięźkich, gdy jest silna konstytucyjonalna przyczyna, bo doświadczenie uczy, że w tych przypadkach nieraz co zachowanie odpowiednie latem i jesienią osiągnęło, kilka tańców karnawałowych zepsuje zupełnie.

Spokój ten łączyć należy z używaniem dobrego powietrza, aby dowóz tlenu był jak najobfitszy, daje się to osiągnąć dla większéj części pacyjentek przeważnie w lecie, zamożniejsze i w zimie przebywać mogą w odpowiednim klimacie, przez siedzenie w ogrodach, lasach, lub leżenie w hamakach, a z pewnością, że górskie powietrze tu na pierwszeństwo zasługuje, wysyłanie zatem do uzdrojowisk tam położonych jest wskazane, byle były warunki do przebywania na powietrzu z zachowaniem spokoju (balkony, werandy, ławki, miejsca na hamaki).

Wśród tego podawane żelazo w tych przypadkach wywiera dopiero swoisty swój wpływ, a nie jak twierdzi Immermann [21]), kładąc całą wagę na żelazo, a co do innych szczegółów mówiąc: „*Ich gestehe, dass ich Chlorotischen in der Regel vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung*,

wie das Mass körperlicher Bewegung zu lassen pflege". I tą drogą dochodzi się do celu, ale nie zawsze i nie w tych przypadkach, o których mówimy, t. j. należących do typu sercowego.

A teraz słów kilka o postępowaniu w przypadkach typu trawieńcowego (*chlorosis dyspeptica*). Przypady jakie tu spotykamy, będące następstwem blednicy, w znacznéj części ustępują po leczeniu swoistem t. j. po podaniu żelaza, ponieważ jednak przypadom tym, np. żołądkowym, towarzyszą pewne już zboczenia w czynności żołądka, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj a nieraz i chemicznéj, z tego powodu wymagają one uwzględnienia w leczeniu obok równoczesnego podawania żelaza lub bez takowego, jeżeli pacyjentki żelaza nie znoszą, co w tym typie blednicy nieraz się zdarza. Przewidzieć naprzód, kiedy to ma miejsce, prawie niepodobna. Z doświadczeń, jakie w tym celu przeprowadziliśmy wspólnie z kol. Buzdyganem w klinice prof. Korczyńskiego, a które póżniéj ogłosimy, możemy przeważnie powiedzieć tylko, dlaczego się to dzieje, bo doświadczenia te wykazały, że żelazo w żołądkach z upośledzoną funkcyją mechaniczną długo pozostaje w znacznéj ilości, np. po dawce 0·20 *Ferr. hydrag. reduct.* jeszcze go po 3—4 godzinach wykazać je można w treści żołądkowéj i to w rozpuszczeniu, jeżeli oddziaływanie kwaśne, — jako proszek ciemny nie zmieniony, przy oddziaływaniu obojętnem lub słabo kwaśnem; nadto żelazo okazało tę własność, że w pewnéj liczbie i to znaczniejszéj pobudza wprost do wydzielania HCl większego i dłużéj trwającego; jest to pożądanem nieraz, w przypadkach jednak z nieprawidłowo wygórowaną kwasotą działać musi szkodliwie. Jeżeli więc *a priori* o pewnych przypadkach możnaby powiedzieć, bez badania treści żołądkowéj, że żelaza nie zniosą, to o tych z nadmierną kwasotą, bo one dają nam podmiotowe pewne objawy, po których poznać je można, a mianowicie odbijania smaku kwaśnego połączone ze zgagą, bóle nieraz w jakiś czas po jedzeniu, uczucie głodu, którego zaspokojenie po pewnym czasie sprowadza

przykre objawy (gniecenie, odbijania kwaśne), czasami pragnienie.

Szczególnie więc w tych przypadkach, które żelaza nie znoszą, na pierwszy plan wystąpić musi leczenie przewodu pokarmowego, swoją drogą i w przypadkach, które żelazo znoszą a przypady żołądkowe trwają, na takowe należy zwrócić uwagę. Punktem wyjścia musi tu być fakt stwierdzany najczęściéj, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj, sprowadzającéj zaleganie pokarmów w żołądku. Z powodu tego zasługuje na uwagę uregulowanie dyjety i w takich razach nie można zostawić *„vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung“*, jak to chce Immermann, owszem należy oznaczyć jakość, ilość i czas pożywienia. Pokarmy powinny być złożone z takich, które są najstrawniejsze, przeważnie białkowate z pominięciem naturalnie ile możności tych, które jak doświadczenie uczy, albo odbierają łaknienie (słodycze) lub pozostają najdłużéj w żołądku (pokarmy skrobiowate i tłuszcze). Jest to zasada, od któréj nieraz wyłom musimy robić, wobec np. wstrętu nieprzezwyciężonego pacyjentki. Za korzystne uważam z tego samego powodu również ograniczenie używania płynów, np. wody, mianowicie w większéj ilości naraz; zwracam zwłaszcza na to uwagę, jeżeli mogę wykazać obniżenie dolnéj granicy żołądka. Większe ilości płynów działają bowiem niekorzystnie przez mechaniczne ciśnienie na dolną ścianę żołądka, zwiększając przypady — i to jest przyczyną, dlaczego np. niektóre pacyjentki znoszą w innéj formie żelazo, byle nie w postaci kilku kubków wody mineralnej. Przy oznaczaniu ilości kierować się winniśmy stopniem łaknienia, w miarę poprawy ogólnéj ilość pacyjentka sama zwiększy — i za błędne uważam trzymanie się bezwzględnie zasady „forsownego żywienia“. Aby unikać obciążenia, ilość naraz wprowadzonego pokarmu powinna być skąpsza, a często dostarczana. Obok uregulowania dyjety w przypadkach tych uciekam się do podawania w małéj ilości wody karlsbadzkiéj i Vichy zwłaszcza w przypadkach, które mi się przedstawiają jako połączone z nadmiernem wydzielaniem HCl, sto-

suję je albo przed podaniem lub nieraz i obok żelaza. W leczeniu tem miałem poprzednika, a mianowicie Petita, który w r. 1850 zachwalał podawanie wód Vichy w blednicy, swoją drogą z przesadą i bez wskazań, bo twierdzi, że mało jest chorób, w których skutek wód Vichy byłby pewniejszy niż w blednicy. Wychodząc z zasady, że bardzo częstym punktem wyjścia zboczeń trawienia w blednicy jest upośledzenie funkcyi mechanicznéj a ztąd zaleganie pokarmów w żołądku, najracyjonalniejszem byłyby przepłukiwania żołądka codzienne. Takowych dokonywaliśmy z kol. Buzdyganem[8]) w dość znacznéj liczbie przypadków, o których szczegóły podaliśmy w Przegl. Lek., dziś tylko wspominam, że z wynikiem bardzo dobrym. Wiem, że w wielu przypadkach szczególnie praktyki prywatnéj jestto dziś jeszcze niemożliwem, w każdym razie o tem wiedzieć należy, aby w razach uporczywych, szczególnie gdzie rozszerzenie żołądka jest znaczniejsze, gdzie zawodzą inne postępowania wyżéj podane, uciec się do przepłukiwań żołądka. Spostrzeżenia te nasze poparł Pick[22]) z kliniki Nothnagla.

Obok funkcyj żołądka uwagę naszą zająć musi czynność jelit, t. j. niedowład takowych. Regularne wypróżnienia u blednicowych to, jak wiemy, konieczny warunek pomyślnéj kuracyi, a cel mamy tu podwójny, raz wydalenie rozkładowych istot gnijącego białka zapobiegając niejako samozakażeniu, z drugiéj strony wiemy z fizyjologii, że ruch robaczkowy jelit korzystnie wpływa i na ruch samego żołądka, co w blednicy, jak wyżéj wspomniałem, nie jest obojętnem. Dla osiągnięcia tego celu używam środków wypróżniających roślinnych (*rheum*, *cuscara sagrada*, *pulv. liquir. comp.*), a środkiem utrwalającym stan jest międsienie (massage), które i do ruchu pobudza jelita i ma na celu zjędrnienie samych powłok brzusznych. Mówiąc o międsieniu dodać winienem, że takowego nie należy stosować, jeżeli równocześnie mamy wysoki stopień typu sercowego; ma to bowiem, jak mnie doświadczenie nauczyło, niekorzystny wpływ na krążenie. — Przy typie czysto trawieńcowym (*chlorosis dyspeptica)* całe co dopiero podane postępowanie stosować będziemy wśród uży-

wania odpowiedniego ruchu, stopień tego ruchu ograniczać będziemy aż do zupełnego spokoju, w miarę jak równocześnie będziemy stwierdzać mniejsze lub większe przypady ze strony serca, odpowiadające typowi sercowemu blednicy — czyli w miarę jak będziemy mieli do czynienia z typem mięszanym.

Utartem jest, że pielęgnowanie skóry w blednicy jest ważnym czynnikiem leczniczym. Ztąd od dawna stosujemy kąpiele czy to gazowe (obojętna rzecz, czy zawierają żelazo lub nie), morskie, procedury hydropatyczne, zwłaszcza wśród pobytu w miejscach kąpielowych. Zboczyłbym od przedmiotu, wdając się w teoretyczną ocenę tego czynnika leczniczego, faktem jest, że on dobrze działa, lecz i tu są wyjątki, t. j. że kąpieli ciepłych, morskich i silniejszych procedur hydropatycznych nie znoszą chore blednicą dotknięte z więcéj posuniętym typem sercowym, oddziaływając na nie silnem osłabieniem, a nawet omdlewaniami i pogorszeniem ogólnego stanu. Na tę okoliczność przy zalecaniu tego czynnika należy zwrócić uwagę, jak również na nieobliczalny stan nerwowy blednicowych, z którym również rachować się trzeba.

Leczeniu tych przypadów nerwowych kilka słów pragnę poświęcić. Już wyżéj wspomniałem, że należy ich odróżnić dwa rodzaje. Jedne w związku z blednicą będące, drugie odpowiadające histeryi.

Leczenie pierwszych schodzi się z leczeniem blednicy, ponieważ one jednak są dowodem pewnego osłabienia nerwowego, należy zatem w tem leczeniu przepisać taki tryb życia, w którymby pacyjentki były narażone jak najmniéj na silniejsze bodźce nerwowe, a do takich zaliczam więcéj natężającą pracę umysłową, któréj bezwarunkowo zaniechać należy, nieodpowiedni dobór książek, udział męczący i częsty w zebraniach towarzyskich i t. d.

Leczenie drugich schodzi się obok leczenia blednicy z leczeniem histeryi; że tu w pewnych razach potrzeba się posunąć aż do zastosowania leczenia sposobem Weir-Mitchella nie ulega wątpliwości, sam widziałem dobre

z tego wyniki, a w ostatnich czasach zwrócił na tę okoliczność szczególniejszą uwagę Dunin[23]).

To są pewne zasady leczenia; zwracając na nie uwagę nie zawiedziemy się w swoistem działaniu żelaza, które w odpowiednich warunkach podane, pozostanie zawsze dzielnym środkiem przeciwko bladnicy.

Kończąc na tem, wiem, że daleko jeszcze do wyczerpania przedmiotu, zamiaru tego też nie miałem, a chodziło mi tylko o podzielenie się z Panami kilku uwagami, jakie mi się nasunęły z biegiem czasu.

Literatura: 1) Haberer: Ueber Chlorose. Aerztl. Mittheil. aus Baden. Jahrg. XXVII Nr. 11. 2) Pollock: On anaemia. Lancet 1875 August 7. 3) Luton: Une theorie de la chlorose. Bull. de la Soc. de Reims. 1873 Nr. 10. 4) Hösslin: Ueber Hämatin u. Eisenausscheidung bei Chlorose. Münch. med. Wschrft. 1890 Nr. 14. 5) Zander: Zur Lehre von der Aitiologie, Pathogenese u. Therapie der Chlorose. Virch. Archiv. t. 84 s. 177. 6) Reflexions critiques sur l'emplois du fer dans le traitement de la chlorose. Bull. gén. de therap. 1876 Mai. 7) Virchow: Ueber die Chlorose u. die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefässapparate etc. Berlin 1872. 8) Buzdygan i Gluziński: Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w blednicy oraz kilka uwag leczniczych. Przegl. Lek. 1891 Nr. 34. 9) Korczyński i Jaworski: Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma, sowie bei Magenblutungen. Deut. med. Wschrft. 1886 Nr. 47—49. 10) Rosenheim: Ueber allgemeine Hyperästhesie der Magenschleimhaut bei Anämie u. Chlorose. Berl. Klin. Wschrft. 1890 str. 741. 11) Banti: Di un caso d'ematemesi. Lo Sperimmentale 1880. 12) Neusser: Ueber Anämien mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose Wien. med. Presse 1890 Nr. 6—10. 13) Nothnagel: Ueber Chlorose. Klin. Vortrag. Wien. med. Presse 1891 Nr. 51 i 52: 14) Gerhardt. Lehrbuch der Auscultation u. Percussion 1890. 15) Mollière: De l'élévation de la témperature centrale dans la Chlorose. Lyon méd. 1882 Nr. 50 i 1884 Nr. 21. 16) Leclerc: De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques. Paris 1885. 17) Weil: Uber Fieber bei Chlorose Dissert. inaug. Würzburg 1889. 18) Puławski: Blednica z przebiegiem gorączkowym. Gazeta Lek. 1892 Nr. 4. 19) Henry: Pernicious Anemia. Americ. med. news. 1886 July 3 (ref. Jahresb. Virch.). 20) Forchheimer: The relations af Anaemia to Chlorosis. Americ. med. News. 1889 Oct. 19 (ref. Jahresb. Virch.) 21) Immermann: Ziemsens Handb. t. XIII. cz. 2. wyd. 2 str. 343. 22) A. Pick Zur Therapie der Chlorose. Wien. Klin. Wschrft. 1891 Nr. 50. 23) Dunin: Przyczynek do leczenia blednicy. Nowiny Lek. 1892 Nr. 1.